

### Contexto político

A saúde abrange tanto o bem-estar físico, mental e social como a ausência de doença e enfermidade, e é determinada não só pela biologia, mas também pelo contexto social, político e económico da vida das pessoas (Organização Mundial de Saúde). A saúde é uma área importante de desigualdade entre mulheres e homens, devido ao facto de umas e outros acederem e utilizarem de formas diferentes e desiguais os recursos básicos de saúde. Além disso, as mulheres estão expostas a riscos específicos de saúde associados à sexualidade e à reprodução. As mulheres correm igualmente o risco de consequências negativas para a saúde associadas à pobreza e à dependência económica, à violência e à discriminação.

### Conclusões do Conselho sobre «Equidade e saúde em todas as políticas» (junho de 2010); o Conselho

- Manifestou preocupação no que respeita às diferenças na situação da saúde entre Estados-Membros da União Europeia e à vulnerabilidade a más condições de saúde de certos grupos de pessoas.
- Reconheceu que os serviços de saúde por si só não são suficientes para maximizar o potencial de saúde e combater as desigualdades.
- Convidou os Estados-Membros a desenvolverem políticas e ações com vista à redução das desigualdades, à otimização da recolha de dados e ao conhecimento e reforço das capacidades de saúde pública.

### Resolução do Parlamento Europeu «Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na UE», aprovada em março de 2011

- Salientou que o acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, a equidade e a solidariedade constituem valores e princípios comuns e reiterou que a saúde é influenciada pelo género.
- As mulheres estão sub-representadas nos testes clínicos, e a sua saúde sofre as consequências da violência.
- Instou a Comissão e os Estados-Membros a melhorar o acesso à prevenção da doença, à promoção da saúde e aos serviços de saúde, bem como a reduzir as desigualdades que afetam certos grupos sociais e etários.

Em fevereiro de 2013, a Comissão Europeia publicou a comunicação «Pacote de investimento social», na qual reconhece o papel do sistema de saúde na implementação dos objetivos de crescimento inclusivo no âmbito da estratégia «Europa 2020.»

### Os objetivos estratégicos da Plataforma de Ação de Pequim e os indicadores da UE

- C.1.** Melhorar o acesso das mulheres ao longo do ciclo de vida a cuidados de saúde adequados, financeiramente acessíveis e de qualidade, à informação e aos serviços conexos
- C.2.** Reforçar programas de prevenção que promovam a saúde das mulheres
- C.3.** Lançar iniciativas que tenham em conta as questões de género e que visem as doenças sexualmente transmissíveis, o VIH/ sida e as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva
- C.4.** Promover a investigação e divulgar informações sobre a saúde das mulheres
- C.5.** Aumentar os recursos e a monitorização da saúde das mulheres

Os três indicadores para o acompanhamento da implementação deste domínio crítico de preocupação foram adotados em 2006, durante a Presidência austríaca do Conselho da UE, e concentram-se no primeiro objetivo estratégico, a saber, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde para as mulheres, abrangendo os anos de vida saudável (indicador 1), o acesso aos cuidados de saúde (indicador 2), e as doenças cardiovasculares (indicador 3). Alguns temas fundamentais relativos a vários dos seus objetivos, como, por exemplo, os efeitos dos regimes preventivos sobre a saúde das mulheres, passam a exigir mais investigação.



## Conclusões baseadas em dados à escala da UE

### As doenças cardiovasculares estão a decair enquanto causa de mortalidade entre as mulheres

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade, bem como de invalidez e morbilidade das mulheres na Europa. Aproximadamente metade das mortes na UE são causadas por doenças cardiovasculares.

De entre as doenças cardiovasculares, as doenças coronárias são a causa mais comum de morte na UE, sendo responsáveis por 13% das mortes de mulheres e 15% das de homens. Os AVC (acidentes vasculares cerebrais) são a segunda causa mais comum de morte entre as doenças cardiovasculares na Europa: 11% das mulheres e 8% dos homens morreram de AVC na UE em 2010. No conjunto dos Estados-Membros da UE, a percentagem de mortes de mulheres na sequência de acidentes vasculares cerebrais é maior do que a dos homens. De uma forma geral, a percentagem de mortes de mulheres provocadas por AVC, enquanto percentagem da totalidade das causas de morte, diminuiu na maioria dos Estados-Membros desde 2007.

Entre 2007 e 2010, a percentagem de mortes de mulheres resultantes de doenças cardiovasculares, enquanto percentagem da totalidade das causas de morte, diminuiu ligeiramente na maioria dos Estados-Membros.

### O aumento dos comportamentos pouco saudáveis nas mulheres constitui uma ameaça a uma esperança de vida mais longa

A esperança de vida das mulheres tem vindo a aumentar na União Europeia e ultrapassa a dos homens. Simultaneamente,

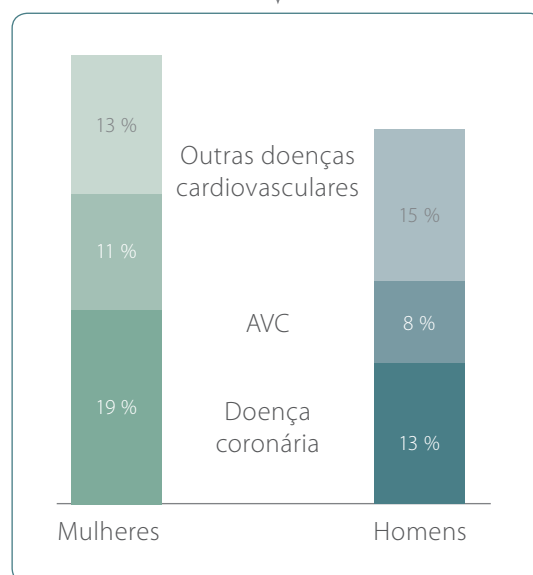
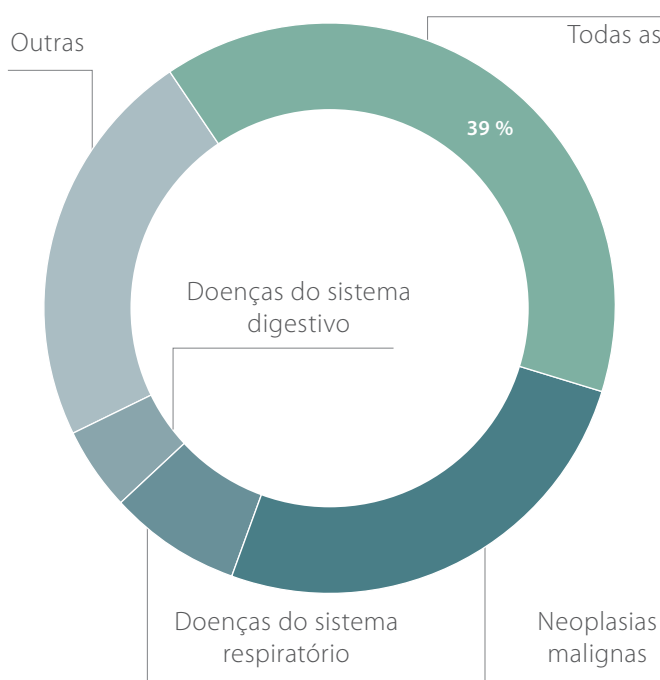
em anos recentes, teve lugar uma redução perceptível das disparidades entre homens e mulheres; principalmente a favor dos homens. O aumento da taxa de tabagismo e de cancro do pulmão nas mulheres, juntamente com uma reduzida participação nos desportos, pode ter contribuído para a redução das disparidades de género no que respeita à esperança de vida. A mortalidade provocada por cancro no sistema respiratório, por exemplo, aumentou quase 70% para as mulheres desde 1970.

### Apesar do aumento da esperança de vida, as mulheres passam mais tempo das suas vidas em situação de incapacidade ou doença

Entre 2007 e 2010, a média de anos de vida saudável manteve-se estável nos 63 e 62 anos à nascença tanto para os homens como para as mulheres, na UE-27. De 2010 a 2012, houve uma ligeira diminuição da média de anos de vida saudável das mulheres (de 63 para 62), bem como dos homens (de 62 para 61).

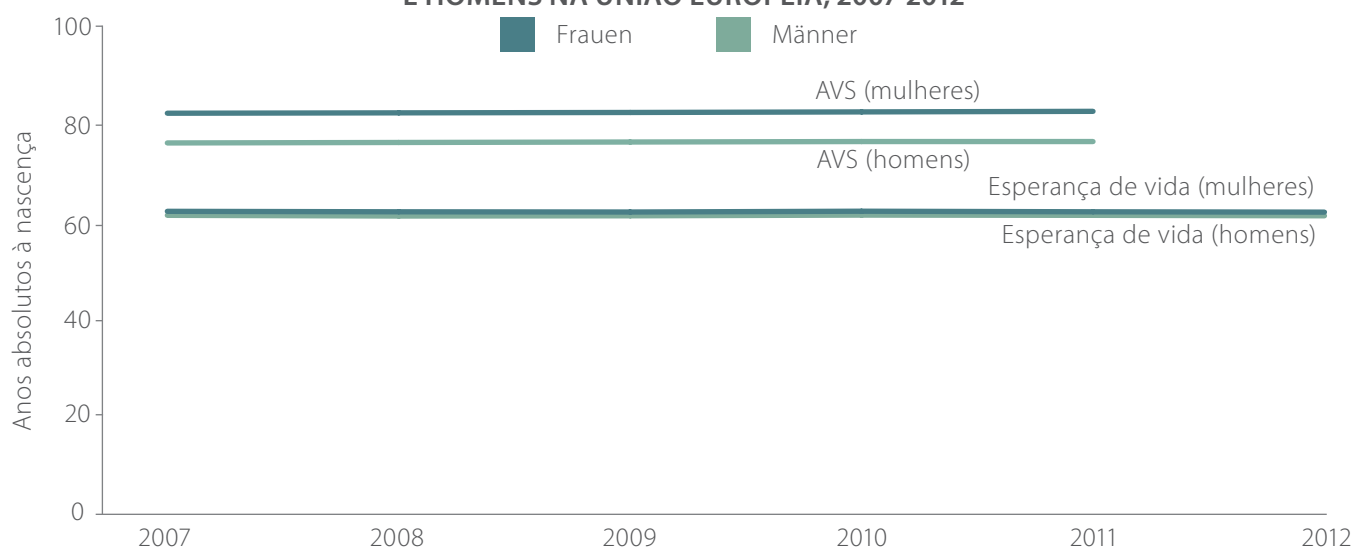
Durante o mesmo período (2007-2010), a percentagem de anos de vida saudável à nascença enquanto percentagem da esperança de vida total diminuiu 1% a nível da UE, tanto para os homens como para as mulheres. Em média, as mulheres passam 76% das suas vidas sem sofrerem de incapacidade, enquanto esse período para os homens aumenta para 80%. Como a esperança de vida na UE tem vindo a crescer continuamente desde 1980, tanto para os homens como para as mulheres — tendo as mulheres uma esperança de vida de 80 anos ou mais na maioria dos Estados-Membros (19) — estamos perante uma tendência preocupante, pois as mulheres enfrentam um aumento do tempo de vida em situação de incapacidade ou doença.

#### DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 2010





## ESPERANÇA DE VIDA E ANOS DE VIDA SAUDÁVEL (AVS) PARA MULHERES E HOMENS NA UNIÃO EUROPEIA, 2007-2012



Fonte: Eurostat, Estatísticas da saúde.

### As mulheres são um pouco mais propensas do que os homens a percecionar os custos como um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde

Em 2012, não havia diferenças significativas entre homens e mulheres em termos de necessidades não satisfeitas de exames médicos (7% das mulheres; 6% dos homens) e de necessidades de tratamento odontológico (7% das mulheres; 7% dos homens) a nível da UE. Estas diferenças tornam-se mais visíveis a nível dos Estados-Membros, onde as percentagens de mulheres que declararam necessidades médicas não atendidas eram pelo menos 2% mais elevadas

do que as dos homens, variando entre 2 e 4 em cinco Estados-Membros. Comparadas com 2007, as necessidades não satisfeitas de exames médicos aumentaram ligeiramente tanto para homens como para mulheres a nível da UE em 2012.

Em termos de razões para necessidades não satisfeitas de exames médicos, o custo («caro demais») distingue as mulheres dos homens, pois 3% das mulheres e 2% dos homens deram essa resposta em 2012, embora isso represente uma diferença pequena. Estes números são em grande parte comparáveis à situação existente em 2007.

## Iniciativas úteis

**A prevenção e o diagnóstico precoce** reduzem a mortalidade das mulheres causada por tipos específicos de cancro: foram introduzidos rastreios gratuitos do cancro da mama e do colo do útero em vários Estados-Membros (BE, DK, DE, EE, IE, FR, HR, CY, LV, LT, HU, SI). Além disso, diversos Estados-Membros introduziram a vacina gratuita contra o papilomavírus humano para as jovens (entre os 12 e os 14 anos) com vista a prevenir o cancro do colo do útero (BE, DK, IE, FR, CY, HU, MT, PT, RO). Os relatórios dos Estados-Membros para a UNECE mostram uma diminuição de novas infeções de VIH/sida e doenças sexualmente transmissíveis tanto em homens como em mulheres em vários Estados-Membros, apontando para o êxito dos programas de prevenção. Alguns países realizaram campanhas, criaram sítios web ou distribuíram material informativo (como brochuras, panfletos, folhetos e pequenos guias informativos) com vista a sensibilizar o público sobre o VIH/sida (BG, DK, DE, EE, FR, HR, CY, LT, PT, RO). Paralelamente, foram organizados testes e aconselhamento gratuitos e desenvolvidos e ministrados programas de educação sexual (BE, DK, EL, HR, CY, PT, SK).

Nos últimos anos, muitos Estados-Membros desenvolveram novos programas e planos de **saúde materna**. Refira-se, como exemplo, o aconselhamento e assistência pré-natais oferecidos a todas as grávidas, na maioria dos casos a título gratuito (BE, DE, EE, HR, CY, PL, RO, SI). Outras medidas tomadas foram a promoção do aleitamento materno, o apoio às lactantes e a criação de hospitais amigos dos bebés (CY, HU, RO). Na Polónia, o desenvolvimento da deteção precoce reduziu a taxa de mortalidade perinatal de 7,2% em 2009 para 6,5% em 2012. Outro bom exemplo é o aumento das consultas de planeamento familiar e a melhoria do acesso aos métodos contraceptivos, sobretudo para as jovens, com vista a diminuir o número de abortos legais (BG, DK, DE, IT, CY, LT, NL, AT, PL, PT, RO, SI, SK). Noutros Estados-Membros, como a França, o número de abortos estabilizou desde 2006 e há uma prevalência elevada da utilização de contraceptivos.

Diversos Estados-Membros desenvolveram **medidas com vista a melhorar o acesso aos serviços de saúde** e informações destinadas a certos grupos marginalizados de mulheres, como as mulheres com deficiência, as mulheres das zonas rurais ou as mulheres de diferentes comunidades étnicas (BE, CZ, DK, DE, EL, LT, PT, RO). Em alguns países (BG, DK, DE, EE, IE, CY, LT, MT, PL, PT, SI, FI), foi dado destaque ao compromisso de garantir a toda a população a igualdade de acesso ao sistema de saúde, através dos cuidados de saúde administrados por um sistema público de saúde.



## PROGRESSOS E OBSTÁCULOS NA ÁREA C: AS MULHERES E A SAÚDE

### PROGRESSOS

- A esperança de vida das mulheres e dos homens na UE está a aumentar.
- O número de anos de vida saudável aumentou em 15 Estados-Membros.
- Em geral, tanto as mulheres como os homens afirmam dispor de um bom acesso aos cuidados de saúde e não ter necessidades não satisfeitas.
- Na generalidade, a taxa de mortes por doenças cardiovasculares diminuiu.

### OBSTÁCULOS

- As disparidades de género no que respeita à esperança de vida estão lentamente a diminuir.
- A esperança de vida das mulheres está a aumentar a um ritmo mais lento, devido às mudanças pouco saudáveis do estilo de vida.
- Os anos de vida saudável diminuíram ligeiramente a nível da UE, mas de forma mais acentuada para as mulheres.
- Os custos da saúde dificultam mais o acesso das mulheres do que o dos homens a cuidados de saúde.
- As mulheres são mais propensas a morrer de doenças cardiovasculares do que os homens.
- Administrar a saúde numa perspetiva de género continua a ser um desafio fundamental.

## O caminho a seguir na UE

- A saúde tem de ser abordada numa perspetiva tanto de sexo como de género, de forma a garantir uma melhor compreensão das causas subjacentes das diferenças nas situações de saúde e na prevalência de certas doenças.
- Abordar o acesso e o direito das mulheres à saúde reprodutiva como aspetos centrais para a vida das mulheres, e enfrentar o desafio da falta de consenso nos Estados-Membros no que respeita aos contraceptivos e ao aborto.
- Garantir que na abordagem ao tratamento das mulheres idosas e com deficiência se tem igualmente em conta a diminuição dos anos de vida saudável e o aumento da esperança de vida, uma vez que elas enfrentam maiores riscos de abuso e/ou negligência.
- Avaliar os fatores determinantes da saúde numa perspetiva de género, com vista a enfrentar as mudanças de padrão no estado de saúde e os crescentes problemas de saúde das mulheres.
- Tornar prioritária a recolha de dados nesta área a fim de permitir uma avaliação.
- Suprimir os obstáculos gerais e específicos que as mulheres enfrentam no acesso aos cuidados de saúde (por exemplo, os custos).
- Assegurar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde para todos e todas (por exemplo, as mulheres migrantes).

## MISSING TRANSLATIONS

### Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE)

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist das EU-Kompetenzzentrum für Gleichstellungsfragen. Das EIGE unterstützt politische Entscheidungsträger und alle relevanten Einrichtungen in ihren Bemühungen zur Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Europa und darüber hinaus, indem es spezifisches Fachwissen sowie verlässliche und vergleichbare Daten zur Gleichstellung in Europa bereitstellt.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu>

Das Ressourcen- und Dokumentationszentrum (RDC) des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist ein innovatives und praktisches Instrument, das dabei hilft, wichtige Ressourcen zur Geschlechtergleichstellung zu finden, den Austausch von Wissen unter den an der Gleichstellungspolitik und -praxis interessierten Personen erleichtert und einen Online-Bereich für Diskussionen und Debatten bietet.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



#### Kontakt:

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen  
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITAUEN  
Tel. +370 521574-44/00

[facebook.com/eige.europa.eu](https://facebook.com/eige.europa.eu)



[twitter.com/eurogender](https://twitter.com/eurogender)



[youtube.com/eurogender](https://youtube.com/eurogender)



<https://eurogender.eige.europa.eu>



ISBN 978-92-9493-275-4

doi:10.2839/207576

MH-04-15-022-PT-N